

hudbiopsi. Eftersom patienten blev behandlad för hudcancer i samma område tidigare hade hon övervägt möjligheten av tumörrecidiv i första hand. Men på grund av lesionens utseende bedömde hon detta som osannolikt och avvisade den diagnosen.

Förändringen på bröstet såg infekterad ut, var purulent samt ömmande. Vid misstänkta hudinfektioner brukar man inte ta hudbiopsi, hävdade Y.

Ansvarsnämnden anser att X i december 2005 borde ha låtit utföra en hudbiopsi innan hon, utan säkerställd dia-

gnos, inledde PDT-behandlingen av hudförändringen.

Även Y borde, mot bakgrund av de långvariga besvären och att såret inte läkte trots de kraftfulla antibiotikakurerna, ha ordnat en hudbiopsi.

X och Y får var sin varning. ■

## Migrän var kärltumör i lillhjärnan

**Distriktsläkarens uppgivna bedömning vid besöket saknar grund i dokumentationen, och det han har uppgett om att inläggning diskuterades vinner inte stöd av utredningen, menar Ansvarsnämnden och fäller honom. (HSAN 3609/06)**

Den 40-åriga kvinnan sökte vid en vårdcentral den 12 juli 2004 på grund av en övergående huvudvärksattack och ordinerades läkemedel mot migrän av distriktsläkare A. Den 12 oktober 2005 besökte hon honom på nytt med anledning av tilltagande besvär med huvudvärk.

Den 3 mars 2006 besökte kvinnan en annan läkare vid vårdcentralen på grund av täta huvudvärksattacker och remitterades då för röntgenundersökning av halsryggen.

Den 7 mars 2006 uppsökte patienten primärvårdsjouren, belägen intill akutmottagningen på ett sjukhus. Distriktsläkare B bedömde hennes tillstånd som en kombination av spänningshuvudvärk och migrän.

Nästa morgon återkom hon till akutmottagningen. Där noterades att hennes huvudvärk inte var typisk för migrän, och efter undersökning med datortomografi konstaterades en godartad kärltumör i lillhjärnan. Hon opererades.

Patienten anmälde A och B. Ansvarsnämnden tog in patientens journal. De anmälda bestred att de gjort fel. A frias, varför vi lämnar honom.

### »Hon var redan utredd«

B berättade att patienten sökte på grund av huvudvärk och att hon hade kräkts innan han såg henne. När han träffade henne mädde hon illa och hade huvudvärk. Hon uppgav att det berodde på migrän.

Utifrån anamnesen blev han något tveksam till diagnosen, och när han också fann att hon var öm i nackmuskulaturen misstänkte han en kombination av migrän och muskulärt utlöst spänningshuvudvärk.

Han kom inte ihåg om han utförde något mer omfattande neurologiskt status förutom att han kontrollerade blodtryck

och nackstelhet. Han uppfattade det som att hon redan var utredd och visste sin diagnos – migrän.

B hade bestämt för sig att de diskuterade inläggning och att han erbjöd henne att stanna på grund av illamåendet och huvudvärken, men att hon valde att sova ut hemma under natten. Medel mot migrän hade hon tidigare fått utskrivet.

Ansvarsnämnden konstaterar att godartade tumörer oftast växer mycket långsamt men att de, om de inte upptäcks, så småningom kan ge allvarliga neurologiska symtom.

Den 7 mars antecknade B i journalen att patienten hade haft tre ordentliga migränanfall den senaste veckan, men även värk på morgonen när hon vaknade. Under status är förutom huvudvärk endast noterat ömhet till höger i nacken.

B:s journalanteckning är således mycket kortfattad avseende såväl anamnes som undersökningsfynd, bland annat saknas helt uppgift om patientens illamående och kräkningar.

Av inläggningsanteckningen dagen efter besöket hos B framgår dock att patienten under de två föregående veckorna hade haft mer eller mindre kontinuerlig huvudvärk av pulserande karaktär i hela huvudet. Således hade symtomen nyligen ändrat karaktär efter att under en längre tid haft karaktär av typisk migrän.

B:s uppgivna bedömning vid besöket saknar grund i dokumentationen, och det han uppgett om att inläggning diskuterades vinner inte stöd av utredningen.

Även om B:s fel inte avsevärt har fördröjt rätt diagnos och behandling renderar det honom en erinran. ■

## Svåra arbetsförhållanden friar inte läkaren från ansvar

**Även med beaktande av vad distriktsläkare B har uppgett om arbetsförhållandena på primärvårdsjouren (PVJ) kan hans handläggning inte godtas.**

Det framhåller Ansvarsnämnden i sin fällande motivering i tumörfallet i den förra artikeln.

B pekade i sitt yttrande till nämnden på en svår arbetssituation på PVJ.

Familjeläkarna i distriktet delar på jouren vid PVJ, vilket vanligen innebär ett par kvälls- eller helgpäss i månaden.

Förutom en primärjournsläkare på plats på akutmottagningen kl 18-24 finns en sekundärjour i hemmet, som tar hand om jourärenden utanför sjukhuset. Belastningen på den ende primärjournsdoktorn är mycket stor bland annat för att det en längre tid varit flera vårdcentraler som varit helt utan ordinarie läkare. Dessa har bara delvis ersatts av stoffläkare.

Många patienter som inte kunnat få

tid på dagen på dessa vårdcentraler hänvisas till PVJ på kvällen. Ett kvällspass på PVJ innebär därför ofta att 20-30 patienter måste hinnas med mellan klockan 18 och 24, berättade distriktsläkaren.

Ett kvällspass på primärvårdsjouren innebär nästan alltid nya patienter som man inte tidigare kommit i kontakt med. Man har inte tillgång till någon journal, varken från den vårdcentral patienten tillhör eller från klinikerna på sjukhuset. Ställningstagandet grundas bara på en kort anamnes vid tillfället, patientens status och en mycket begränsad provtagning; endast CRP, StrepA och urinsticka finns tillgängliga. däremot saknas till exempel akut Hb och EKG.

Man har en längre tid diskuterat olika förändringar för att göra arbetsmiljön bättre, uppgav distriktsläkaren.

Men Ansvarsnämnden anser alltså att B:s handläggning av patienten, trots vad han uppgett om arbetsförhållandena vid PVJ, inte kan godtas. ■